



# Protocolo de actuación ante el paciente agitado

E. Martínez Larrull, I. Muñoz Roldán, D. Micheloud Giménez y J.A. Nuevo González

Servicio de Urgencias. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

## Palabras Clave:

- Síndrome
- Urgencia
- Neurolépticos
- Benzodicepinas

## Keywords:

- Syndrome
- Urgency
- Neuroleptics
- Benzodiazepines

## Resumen

El paciente agitado es un síndrome de difícil abordaje inicial por la falta de cooperación por parte del paciente. La orientación diagnóstica inicial es de vital importancia para descartar organicidad, ya que la gravedad puede oscilar desde la banalidad hasta el riesgo vital del paciente, del personal sanitario y de seguridad. Es una urgencia médica frecuente tanto a nivel intrahospitalario como extrahospitalario. Las medidas terapéuticas se han de instaurar de forma precoz y con un orden establecido de prioridad para poder abordar satisfactoriamente la situación médica. Los neurolépticos típicos y atípicos son de elección en la agitación orgánica y en la psiquiátrica. Las benzodicepinas se pueden asociar o no en la agitación de causa psiquiátrica según la gravedad. Existen pacientes que no cumplen criterios de organicidad ni de patología psiquiátrica, denominándose agitación situacional o reactiva.

## Abstract

### Action protocol for agitated patients

The agitated patient is a syndrome of difficult initial approach by lack of cooperation from the patient. The initial diagnostic approach is vital to rule out organic because gravity can range from the banal to the lifetime risk of the patient, medical staff and security. It is a common medical emergency both inpatient and outpatient level. The therapeutic measures have to be initiated early and with an established order of priority to address the health situation successfully. Typical and atypical neuroleptics are of choice and the organic psychiatric agitation. Benzodiazepines may be associated or not cause psychiatric agitation by gravity. There are patients who do not meet criteria organicity or psychiatric pathology being called situational or reactive agitation.

## Definición

La agitación se manifiesta por hiperactividad motora acompañada de una alteración emocional desproporcionada. Subyace patología orgánica o psiquiátrica e incluso ambas<sup>1</sup>. Apenas existen guías clínicas adecuadas que orienten sobre su manejo clínico<sup>2</sup>.

## Etiología

Las principales causas de la agitación en un paciente son<sup>3</sup>:

1. Orgánica: *delirium* o síndrome confusional agudo (SCA).
2. Trastornos psiquiátricos: psicóticos (esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, episodio maniaco, depresión agi-

tada y trastorno por ideas delirantes), no psicóticos (crisis de angustia, crisis conversiva, estrés agudo, trastornos de personalidad –histriónico, *borderline* y paranoide–, alteración de conducta en retraso mental o demencia –distinguir del *delirium* superpuesto a demencia–)<sup>3</sup>.

## Trastornos psiquiátricos

El nivel de conciencia a diferencia del SCA está claro y limpio y no suele existir desorientación temporoespacial<sup>3</sup>. Los delirios son más bizarros, extraños, menos creíbles pero más estructurados que en el *delirium*. Las alucinaciones más frecuentes son auditivas y pueden presentar una conducta y lenguaje desorganizado<sup>1</sup>.

## Síndrome confusional agudo o *delirium*

### Criterios diagnósticos (DSM-V)

Son los siguientes<sup>4</sup>:

A. Una alteración de la atención (capacidad reducida para centrar, dirigir, mantener o desviar la atención) y la conciencia (orientación reducida del entorno).

B. La alteración aparece en poco tiempo (habitualmente en unas horas o pocos días), constituye un cambio respecto a la atención y conciencia iniciales y su gravedad tiende a fluctuar a lo largo del tiempo.

C. Una alteración cognitiva adicional (déficit de memoria, de lenguaje, de la capacidad visuoespacial o de la percepción).

(Pueden aparecer síntomas psicóticos y trastornos sensorceptivos ya sean ilusiones o alucinaciones. Las alucinaciones visuales son las más específicas del *delirium*).

D. La alteración de los criterios A y C no se explica mejor por otra alteración neurocognitiva preexistente, establecida o en curso.

E. En la anamnesis, la exploración física o los análisis clínicos se obtiene evidencia de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de otra afectación médica, una intoxicación o una abstinencia por una sustancia, una exposición a una toxina o se debe a múltiples etiologías.

### Etiología del *delirium*

Enfermedades infecciosas, autoinmunes, neurológicas, oncológicas, endocrinas y metabólicas.

Fármacos, tóxicos, síndromes de abstinencia y déficit de vitaminas (B<sub>1</sub>, B<sub>12</sub> y B<sub>3</sub>).

### Factores predisponentes

Edad mayor de 65 años, grandes intervenciones quirúrgicas y el aislamiento sensorial<sup>1</sup>.

TABLA 1

#### Evaluación del paciente agitado

|  |
|--|
| Historia clínica (incluir antecedentes psiquiátricos, consumo de tóxicos y fármacos) |
| Examen físico general y neurológico  |
| Pruebas complementarias  |
| Hemograma  |
| Electrolitos: calcio, magnesio, fósforo, sodio, potasio                              |
| Función renal  |
| Función hepática (con albúmina)  |
| Hemostasia   |
| Análítica de orina y urocultivo  |
| Hemocultivos si fiebre   |
| Electrocardiograma   |
| Gasometría arterial  |
| Tóxicos en sangre y orina  |
| TC craneal   |
| Punción lumbar (si sospecha de infección SNC)  |
| EEG (si sospecha de crisis comicial)   |

EEG: electroencefalograma; TC: tomografía computadorizada.

### Evaluación

Requiere una evaluación clínica con anamnesis exhaustiva a los familiares/convivientes, exploración física completa y neurológica y pruebas complementarias (tabla 1)<sup>5</sup>.

### Tratamiento

El tratamiento requiere de una serie de medidas generales, físicas y farmacológicas<sup>3</sup>.

#### Medidas de seguridad

Distancia de seguridad; solicitar ayuda; en la consulta esta estará libre de objetos contundentes, con dos salidas sin cerreros y un timbre de seguridad; ante un arma, interrumpir la entrevista.

#### Contención verbal

Dirigirnos al paciente con educación, tono bajo, con seguridad y firmeza.

#### Contención mecánica

Última medida a adoptar y por periodos cortos, ya que puede aumentar la agitación.

**Características.** Se emplearán correas comercializadas. La contención mecánica se realizará entre 4 o 5 personas en un *box* aislado del resto de pacientes y familiares. Según la intensidad de la agitación sujetar 2 puntos (brazo y pierna contralateral) o 5 puntos (cuatro extremidades y cintura). No debe llevar ningún objeto peligroso.

#### Contención farmacológica

La vía oral debería ofrecerse en primer lugar para construir una alianza terapéutica (fig. 1).

En la agitación orgánica están indicados neurolépticos como primera línea terapéutica (fig. 2) y en la agitación psi-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3806438>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3806438>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)